

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

122

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

P A D

Joseph AUBRIOT

Né le 30 Octobre 1910, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le... 15 MAI 1944 ... 19..

QUATRE-VINGTS OBSERVATIONS
DE
PUERICULTURE NEO-NATALE

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **AUBRIOT.**

Prénom : **Joseph.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

AUBRIOT (Joseph). — Quatre-vingts observations de puériculture néo-natale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

AUBRIOT (Joseph). — Quatre-vingts observations de puériculture néo-natale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

AUBRIOT (Joseph). — Quatre-vingts observations de puériculture néo-natale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

AUBRIOT (Joseph). — Quatre-vingts observations de puériculture néo-natale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph AUBRIOT

Né le 30 Octobre 1910, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

QUATRE-VINGTS OBSERVATIONS
DE
PUERICULTURE NEO-NATALE

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCQ.
Clinique chirurgicale	OUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
Clinique d'accouchement	N...
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAT	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	RENARD	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHEL	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE.

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
MEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT**

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

*En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance pour tout
ce que je leur dois.*

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MES ENFANTS

MARIE-FRANCE, JEAN-PAUL, ANNE-MARIE

A MA BELLE-MERE

A MES FRERES ET SŒURS,

BEAUX-FRERES ET BELLES-SŒURS

A MES NEVEUX ET NIECES

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR RAYMOND LANCEPLAINE,

Licencié ès Sciences

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

**Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
de l'Hôpital Baudelocque**

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNES

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Maternité de l'Hospice des Enfants-Assistés
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et aidé dans notre tra-
vail.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de toute notre reconnais-
sance et de notre respectueux atta-
chement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUHAIL

*Qui m'a guidé et conseillé durant
mes études et qui répondit si déli-
catement à tous mes ennuis.*

*Avec ma profonde reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRIEU

Assistant de la Maternité Pinard

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. DASSENCOURT

*Mon médecin-chef en 1939-1940
et mon ami.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Dans cette thèse nous nous sommes proposés d'étudier, non pas les grands drames de la pathologie infantile, mais les ennuis de pratique courante de puériculture. Pour cela nous avons pris cinquante observations à l'hôpital, suivant le nourrisson depuis sa naissance, à son départ de l'hôpital, le douzième jour, et notant tout incident susceptible d'avoir un intérêt quelconque. D'autre part notre Maître, M. VIGNES, s'est astreint à nous emmener avec lui, chaque jour, à sa clinique et il nous a été ainsi permis de prendre trente observations de nouveau-nés d'un milieu social très différent.

Dans ce bref travail, nous n'avons pas l'intention d'énumérer tous les incidents de la pathologie du nouveau-né mais simplement d'examiner ceux que nous avons rencontrés dans nos quatre-vingts observations, les conditions suivant lesquelles ils sont apparus et leur fréquence. Pour la pathogénie, l'étiologie et la thérapeutique de la plupart de ces troubles, nous nous sommes fondés principalement sur l'enseignement et les ouvrages de notre Maître M. VIGNES. Bien entendu ce travail est fragmentaire et les statistiques que nous avons obtenues peuvent ne pas représenter entièrement la vérité puisqu'il ne s'agit que d'un relativement petit nombre de cas. Cependant nous les présentons telles quelles, leur laissant ainsi le mérite de la réalité.

Pour la clarté de l'exposé nous examinerons successivement :

la taille et le poids des nouveau-nés;

les prématurés et les débiles;
l'ictère physiologique des nouveau-nés;
la crise génitale;
l'allaitement;
les troubles digestifs;
le cri du nourrisson;
les infections chez le nouveau-né.

TAILLE ET POIDS

Nous fondant sur les travaux de notre Maître, M. VIGNES (1-2-3), nous considérons que le nouveau-né normal doit naître 282 jours environ après les dernières règles, que son poids optimum doit être de 3.500 grammes à 3.600 grammes et sa taille de 50 à 52 centimètres. Certains chiffres qui passent pour classiques sont moins élevés; ils indiquent un poids de 3.250 grammes et une taille de 50 centimètres. Ces chiffres, en réalité, ne font qu'exprimer une moyenne obtenue dans les hôpitaux de Paris, avec des nouveau-nés à peu près à terme et ne représentent donc pas le poids et la taille optima des nouveau-nés placés dans les meilleures conditions durant leur vie intra-utérine et à leur naissance.

*
**

En ce qui concerne le poids, nous avons divisé les nouveau-nés en trois catégories : Enfants pesant plus de 4.000 grammes à la naissance; enfants pesant entre 3.000 et 4.000 grammes; enfants pesant moins de 3.000 grammes.

(1) H. VIGNES : Physiologie obstétricale, page 222.

(2) H. VIGNES : Le poids des enfants nés à terme et au voisinage du terme dans la population hospitalière de l'agglomération parisienne. *Revue anthropologique*, mars-avril 1924, p. 152.

(3) H. VIGNES : Durée de la grossesse et ses anomalies. Un vol., Masson, édit., 1933. — Durée de la grossesse. *Annales de Médecine légale*, décembre 1931, n° 10, p. 754.

Voici les chiffres obtenus à l'hôpital et à la clinique :

Hôpital : Plus de 4.000 grammes : six, soit 12 % ; entre 3.000 et 4.000 grammes : trente-sept, soit 74 % ; moins de 3.000 grammes : sept, soit 14 %.

Clinique : Plus de 4.000 grammes : zéro, soit 0 % ; entre 3.000 et 4.000 grammes : vingt-trois, soit 77 % ; moins de 3.000 grammes : sept, soit 23 %.

On voit, d'après ces chiffres, que le pourcentage d'enfants normaux (entre 3.000 et 4.000 grammes) est sensiblement voisin à l'hôpital et à la clinique : 74 % et 77 %. Alors qu'à l'hôpital on trouve 12 % de nouveau-nés dépassant 4.000 grammes à la naissance, à la clinique on n'en trouve point. Mais notre Maître, M. VIGNES, attache une grande importance à la syphilis congénitale de la mère, et il traite très vigoureusement les femmes enceintes de sa clientèle privée; c'est ce qui peut expliquer l'absence de gros enfants dépassant 4.000 grammes parmi ceux nés à la clinique.

Par contre, le chiffre de ceux au-dessous de 3.000 grammes est plus important à la clinique qu'à l'hôpital, ce qui peut être dû à ce que, avec les circonstances présentes, beaucoup de bourgeoises se nourrissent plus mal que nombre de femmes du peuple pour qui l'alimentation est le souci primordial excluant toute idée d'économie et qui ont des budgets supérieurs. Par ailleurs, le grand nombre relatif d'enfants pesant moins de 3.000 grammes (18 %) dans l'une et l'autre catégorie, peut s'expliquer comme notre Maître M. VIGNES l'a indiqué dans une communication à l'Académie de Médecine (1) par les circonstances actuelles et les restrictions alimentaires. Il y a actuellement, comme il y avait en Allemagne en 1917, une augmentation des poids faibles qui n'est pas due à un plus grand nombre de naissances prématurées, mais aux difficultés du ravitaillement.

(1) H. VIGNES : Poids des enfants nés à l'automne 1941. *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 10 mars 1942, p. 252.

En faisant la moyenne des poids des enfants à l'hôpital et à la clinique, on obtient les chiffres suivants : Hôpital : poids moyen 3.410 grammes; clinique : poids moyen 3.260 grammes. Ces chiffres sont en contradiction avec les données classiques qui veulent que les enfants des classes aisées pèsent plus que ceux des classes pauvres. Mais ceci, nous l'avons vu, est peut-être dû aux circonstances actuelles et au plus grand nombre de femmes aisées (commerçantes, petites bourgeoises) entrant à l'hôpital pour accoucher (surtout à la Maternité Pinard, considérée, grâce à son confort et à son installation moderne, comme une pseudo-clinique et envahie par des malades qui devraient accoucher ailleurs qu'à l'hôpital), alors qu'autrefois elles accouchaient chez elles et que l'hôpital était uniquement réservé aux classes pauvres et laborieuses dans lesquelles les femmes travaillaient jusqu'au dernier moment au détriment de leur produit de conception. De plus, à l'heure actuelle, les lois sociales permettent à la femme ayant un travail déterminé de se reposer un certain temps avant son accouchement.

*
**

Pour classer les nouveau-nés d'après leur taille, nous prendrons le chiffre de 49 centimètres comme limite minima normale, car nous avons rencontré un assez grand nombre d'enfants de cette taille. Hôpital : sur cinquante observations on constate quarante-cinq enfants de 49 centimètres au plus, soit 90 %; cinq enfants de moins de 49 centimètres, soit 10 %. Clinique : sur trente observations on constate vingt-cinq enfants de 49 centimètres ou plus, soit 83 %; cinq enfants de moins de 49 centimètres, soit 17 %.

La taille moyenne est sensiblement la même. Hôpital : 50 cm. 36; clinique : 50 cm. 34.

Cependant, ce qui frappe en examinant l'ensemble des observations, c'est de trouver, à la clinique, des varia-

tions de taille bien plus importantes qu'à l'hôpital, variations de 45 à 55 centimètres. A l'hôpital, au contraire, les nourrissons semblent plutôt construits sur le même modèle et l'ensemble oscille entre 48 et 52 centimètres.

PRÉMATURÉS ET DÉBILES

Sur cinquante observations recueillies à l'hôpital, trois seulement font état d'enfants nés avant terme :

1° Gérard Q... est né le 17 décembre 1943, à huit mois et demi, pesant 2.850 gr., mesurant 47 cm., mais bien constitué. Son séjour à l'hôpital n'a été marqué que par un léger œdème para-ombilical qui s'est rapidement résorbé et par un coryza. Il était nourri au sein et a repris son poids de naissance le onzième jour.

2° Catherine C... est née le 19 décembre 1943, à huit mois et demi, pesant 3.000 gr. et mesurant 49 cm. Son séjour à la Maternité n'a eu aucune histoire si ce n'est quelques bulles de pemphigus le huitième jour. Elle était nourrie au sein et avait repris son poids de naissance le septième jour.

3° Suzanne A... est née le 7 février 1941 avec un mois d'avance. Elle pesait 2.860 gr. et mesurait 48 cm. Nourrie au sein, elle reprenait son poids de naissance le huitième jour, mais à cette date on était obligé d'utiliser l'allaitement mixte (une tétée, un biberon), la mère ayant des crevasses très douloureuses aux deux seins. Cette enfant a présenté une ophtalmie qui est apparue le sixième jour et durait encore à son départ (seizième jour) du périonyi au médius gauche, enfin une mastite suppurée du sein gauche qui a nécessité la prolongation de son séjour à l'hôpital.

Ces trois cas sont, donc, des prématurés mais sans signes de débilité; ils n'ont pas occasionné d'ennuis particuliers si ce n'est la mastite du troisième.

*
**

Sur trente observations recueillies à la clinique, nous avons rencontré deux prématurés et deux légers débiles.

1° L'enfant C... (garçon), né le 8 janvier 1944, à huit mois et demi pesait 2.950 gr. et mesurait 52 cm. Il fut nourri au biberon, reprit son poids de naissance le douzième jour et ne présenta qu'un léger coryza.

2° L'enfant Catherine R..., née le 1^{er} février 1944, un peu avant terme (une dizaine de jours), pesait 2.890 gr. et mesurait 48 cm. Elle fut nourrie au sein, mais eut du mal à reprendre du poids. A son départ, le onzième jour, elle n'avait pas repris son poids de naissance. Le quatrième jour elle vomit après chaque tétée et ensuite ne reprit qu'environ 10 à 20 gr. par jour. Mais sa mère, qui la nourrissait, fumait beaucoup, ce qui peut donner une autre explication à cette prise de poids insuffisante.

3° Monique B..., née le 24 décembre 1943 à terme, d'après les dernières règles de sa mère, pesait 1.880 gr. et mesurait 46 cm. C'était un enfant petit mais bien constitué, vigoureux, aux phanères bien développés. Elle fut nourrie par sa mère (huit tétées au début, puis sept à partir du neuvième jour où elle avait repris son poids de naissance). Elle ne présenta qu'une très légère ophtalmie durant 48 heures et une éruption assez prolongée de bulles de pemphigus. Elle continue à l'heure actuelle à se bien porter et croît normalement. Sa mère, à une grossesse précédente, avait donné le jour à un gros garçon de 4.000 gr. Or, si la mère est petite et menue, par contre, le père est grand et fort et peut-être le deuxième enfant tient-il de sa mère, comme le premier de son père.

4° Danielle C..., née le 28 décembre 1943 à terme, d'après les dernières règles de sa mère, pesait 2.200 gr. et mesurait 47 cm. Elle fut d'abord nourrie au sein puis à l'allaitement mixte, complétant chaque tétée avec un biberon par suite de l'hypogalactie de sa mère. Elle reprit son poids de naissance le dixième jour et ne pré-

senta que quelques légers troubles digestifs vers le onzième jour : selles verdâtres, hoquet.

Ainsi le hasard des séries a fait que dans aucun cas nous n'avons trouvé ces imperfections des grandes fonctions vitales si fréquentes chez les débiles et les prématurés : troubles de la digestion et de la nutrition (suction imparfaite, courbe de poids non satisfaisante, vomissements répétés), troubles de la régulation thermique, troubles des fonctions respiratoires, troubles tissulaires tels que le sclérème. Par contre il semble, du moins dans six cas sur sept, que nous nous sommes trouvés en face d'une légère imperfection des moyens de défense de l'organisme contre l'infection, imperfection qui se caractérisa par l'apparition de pemphigus, de périonyxis, de coryza, d'ophtalmie.

En résumé, sur quatre-vingts observations nous avons rencontré cinq prématurés, soit 6 %, et deux débiles, soit 3 %, chez lesquels nous n'avons assisté qu'à de très légers incidents, comparables à ceux survenant chez les nouveau-nés à terme et bien portants.

L'ICTERE PHYSIOLOGIQUE DU NOUVEAU-NE

On l'appelle également ictère idiopathique. Cet ictère frappe un très grand nombre d'enfants (près de 80 %, d'après METZGER (1). Il apparaît surtout chez les prématurés, chez les enfants nés après accouchement laborieux et chez les enfants nés pendant la saison froide.

Son début se situe vers le troisième jour. Les téguments présentent d'abord une teinte rouge puis jaune. Les urines sont colorées, les selles panachées de vert. Il n'y a pas de phénomènes généraux et le pronostic en est bénin. La teinte des téguments s'atténue puis disparaît au bout de cinq à six jours; MARFAN enseignait qu'un ictère qui n'a pas complètement disparu le vingtième jour n'est pas un ictère physiologique. On a beaucoup discuté sur sa nature et sa pathogénie et la discussion reste ouverte. Cet incident ne nécessite aucun traitement. Il faut simplement éviter le refroidissement du nouveau-né.

Sur 80 observations, nous avons rencontré 30 ictères physiologiques, soit 38 %, se subdivisant comme suit :

Hôpital : 24 cas, soit 48 %; et clinique : 6 cas, soit 20 %.

Il apparut le troisième jour dans 17 cas, le deuxième jour dans 9 cas et le quatrième jour dans 4 cas.

Dans toutes les observations, il avait disparu lors du départ de l'enfant, c'est-à-dire le douzième jour. En au-

(1) METZGER et HÉRAUX : Les premiers jours du nouveau-né, p. 37.

cun cas il ne dura plus de neuf jours. Les nouveau-nés atteints d'ictères ne présentèrent aucune prédisposition particulière vis-à-vis de l'infection ou des troubles digestifs par rapport aux nourrissons qui en étaient exempts. Le seul fait que nous constatons est le plus grand nombre d'ictères à l'hôpital qu'à la clinique.

LA CRISE GÉNITALE

La crise génitale qui apparaît parfois dans les premiers jours de la vie a, comme l'ictère physiologique, un pronostic bénin. Cependant la congestion mammaire peut se compliquer parfois d'abcès, surtout si l'on a tenté des manœuvres intempestives telles que l'expression ou la compression des seins.

La localisation élective se fait au niveau de la glande mammaire qui augmente de volume, durcit, devient bosselée. A la pression, on fait sourdre un liquide lactescent voisin du colostrum. L'enfant s'agite et crie. Puis tout disparaît en quelques jours.

Cette congestion mammaire s'accompagne parfois de règles chez les filles, règles dues à une involuoin de l'utérus dont la longueur passe de trente-deux à vingt-cinq millimètres, en même temps que se produit une désagrégation de la muqueuse utérine (1). Chez les garçons apparaît parfois une hydrocèle qui se résorbe lentement et ne nécessite pas la ponction.

Sur cinq crises génitales observées tant à l'hôpital (4) qu'à la clinique (1), il s'agissait dans 4 cas de petites filles. Chez une seule, la congestion mammaire se compliqua de mastite nécessitant l'incision de l'abcès. Chez une autre, la congestion mammaire s'accompagna de milliaire sébacée sur le menton et les ailes du nez, caractérisée par de petits grains blancs ou jaunes très brillants,

(1) H. VIGNES : Physiologie gynécologique et médecine des femmes, p. 37.

acuminés dus à l'hypertrophie des glandes sébacées. Par pression, il s'écoulait du sébum filamenteux. Chez le garçon, la congestion mammaire s'accompagnait d'une hydrocèle qui persistait encore lors du départ de l'enfant.

Ces incidents apparurent du huitième au douzième jour, et à part celle qui se compliqua d'abcès, la congestion mammaire s'atténua et disparut en trois ou quatre jours.

D'après les traités classiques, cette crise génitale s'observe bien plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. Or, d'après nos observations, nous trouvons des proportions inverses : 80 % chez les filles, 20 % chez les garçons.

Si la crise génitale est moins fréquente que l'ictère physiologique, son importance n'en est pas moindre; car elle peut donner un certain nombre de complications dont la principale en est l'abcès du sein qui peut aboutir à la destruction de la glande mammaire, ce qui, surtout chez les filles, est une conséquence fâcheuse pour leur avenir, tant au point de vue esthétique que social.

L'ALLAITEMENT

A l'heure actuelle, beaucoup de femmes ne nourrissent pas elles-mêmes leurs enfants pour un certain nombre de raisons :

1° *raisons d'ordre médical*; certaines femmes présentent des affections qui s'aggravaient par l'allaitement;

2° *seins mal formés ou malades*; la mère ne peut, parfois, nourrir son enfant pour des causes indépendantes de sa volonté (seins mal formés à mamelons courts ou ombiliqués, sécrétion lactée insuffisante, complications mammaires allant de la crevasse du mamelon à l'abcès du sein);

3° *nervosisme et hyperthyroïdisme* aboutissant à une sécrétion lactée insuffisante, ce qui, pour M. VIGNES, est une des causes les plus fréquentes dans des cas où, pourtant, on constate une bonne volonté évidente de la part de la nourrice;

4° « *petite nature* » (expression extra-médicale traduisant un mélange de débilité et d'infantilisme) et production insuffisante de ce lait;

5° *raisons d'ordre social*; à l'heure actuelle beaucoup de femmes travaillent et dès leur lever de couches elles désirent reprendre un labeur qui, hélas ! souvent ne leur permet pas de nourrir leur enfant; d'autres, dans les classes aisées, veulent reprendre leur activité mondaine qui ne peut s'accorder avec l'allaitement au sein de leur nouveau-né;

6° *raisons d'ordre physiologique*; certaines femmes ne

veulent pas nourrir, craignant que l'allaitement ne soit préjudiciable à leur esthétique; la responsabilité des médecins, qui ne prennent aucune précaution quant à la coquetterie de leurs clientes, joue alors un grand rôle. D'autres s'y refusent simplement par égoïsme, parfois larvé, caché sous des protestations véhémentes d'amour maternel.

Au total, la majorité des mères ne nourrissent pas leurs enfants et font appel à l'allaitement artificiel ou, tout au moins, à l'allaitement mixte.

Nous allons, donc, étudier, d'après nos observations, les proportions d'allaitement naturel, artificiel ou mixte que nous avons observées en faisant remarquer cependant que si à la clinique les mères ont la liberté complète du choix d'allaitement, à la maternité, au contraire, on fait pression sur toutes les accouchées pour leur faire nourrir leur enfant au sein, tout au moins durant le temps de leur séjour à l'hôpital, libres à elles ensuite de modifier cet état de choses.

1. — ALLAITEMENT NATUREL : Nous n'avons point ici à démontrer la supériorité de cette méthode sur les suivantes, mais simplement à commenter les résultats obtenus dans les divers cas, en nous fondant sur l'examen clinique journalier de l'enfant et la courbe de poids qui est « le meilleur contrôle dont nous disposons pour surveiller l'état de nutrition », comme le dit René MATHIEU dans l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.

Hôpital : Sur 50 observations, 46 femmes ont commencé par nourrir leur enfant au sein, soit une proportion de 92 %, mais dans les jours suivants, pour des causes diverses, 17 d'entre elles ont dû modifier ce mode d'allaitement. Ainsi 29 femmes, soit une proportion de 58 %, ont nourri complètement leur enfant au sein durant les douze jours qu'elles ont passés dans le service. Sur ce chiffre, dans sept cas seulement l'enfant n'avait pas repris son poids de naissance le onzième jour (veille

du départ), ce qui fait une proportion de 76 % d'enfants ayant repris leur poids de naissance, alors que la proportion n'est que de 48 % pour les enfants nourris au biberon ou à l'allaitement mixte (10 sur 21).

Clinique : 14 femmes sur 30, soit une proportion de 47 %, ont nourri leur enfant au sein. La reprise du poids de naissance du nourrisson dans les onze premiers jours de leur vie survint dans 8 cas, soit une proportion de 57 %. La proportion est de 63 % pour les enfants nourris au biberon ou à l'allaitement mixte.

2. — ALLAITEMENT AU BIBERON : *Hôpital* : Nous trouvons 4 cas dont les raisons qui ont motivé ce choix sont les suivantes : une cardiopathie; une agalactie aux enfants précédents; une malformation des mamelons qui étaient très ombiliqués, impropres à la succion; une hypogalactie qui a cependant permis l'allaitement mixte au bout de quelques jours. Dans ces quatre cas, les nourrissons avaient repris leur poids de naissance à leur départ de l'hôpital.

Clinique : Nous avons rencontré 7 cas qu'on peut diviser en deux groupes : dans un premier groupe (2 cas), on trouve des causes médicales : eczéma au sein pour l'un, abcès du sein à un allaitement précédent pour l'autre; au contraire, dans les cinq autres cas, on s'est trouvé en face d'un refus d'allaitement de la mère.

3. — ALLAITEMENT MIXTE : Dans ce paragraphe, deux ordres d'idées sont intéressants à étudier : 1° quelles sont les raisons qui ont motivé ou même nécessité ce choix; 2° quels en sont les résultats quant à la courbe de l'enfant.

Hôpital : Nous avons 18 observations d'allaitement mixte. Les crevasses du sein sont responsables de 6 cas. Ensuite viennent l'hypogalactie avec 4 cas et les jumeaux avec également 4 cas. Nous trouvons ensuite 2 cas de

malformation du sein (seins ombiliqués), un cas de lymphangite au sein et un cas de tuberculose pulmonaire. Sur ces 18 enfants, 6 seulement avaient repris leur poids de naissance avant leur départ de l'hôpital, soit une proportion de 33 % à comparer avec la proportion de 76 % pour les enfants nourris au sein, ce qui montre bien la supériorité de cette dernière méthode sur toutes les autres.

Dans les 4 cas d'hypogalactie primitive on a employé la méthode d'allaitement mixte par complément, complétant à chaque tétée avec un biberon la quantité de lait nécessaire à l'enfant. Dans tous les autres cas, on a employé la méthode par substitution (une tétée, un biberon).

Il semble que la méthode d'allaitement mixte par substitution, à l'encontre des données classiques, ait donné des résultats meilleurs que l'autre puisque, dans les 4 cas d'allaitement mixte par la méthode par complément, on n'a pas une seule reprise du poids de naissance le onzième jour, tandis que par la méthode substitutive on a 12 reprises du poids de naissance sur 14.

Clinique : Nous avons 9 cas sur 30 observations : 5 hypogalacties justiciables de l'allaitement par complément; 3 crevasses du sein justiciables de l'allaitement substitutif; 1 prématuré à qui la nuit, en plus de ses tétées, on donnait un biberon de lait condensé. 6 sur 9 avaient repris leur poids de naissance le onzième jour, soit 66 %, résultat remarquable dû probablement aux soins constants et aux précautions prises par ceux qui en avaient charge. A l'encontre de l'hôpital, ici la méthode d'allaitement mixte par complément semble donner de meilleurs résultats : reprise du poids de naissance dans 80 % des cas contre 33 % en présence d'allaitement mixte par la méthode substitutive.

4. — REPRISE DU POIDS DE NAISSANCE : Après la naissance, le nouveau-né perd du poids pendant trois à cinq

jours. Cette perte est d'environ de 250 à 300 grammes et est due à des causes diverses : émission de méconium, d'urine, élimination d'eau par les poumons et par la peau, alimentation peu abondante. Puis l'enfant grossit et reprend son poids de naissance du dixième au quinzième jour (1).

Il est à remarquer que la perte de poids est plus importante chez les gros enfants que chez les petits. A l'hôpital, 66 % des enfants avaient repris leur poids de naissance avant leur départ (12^e jour), 60 % à la clinique. Si on examine séparément ceux nourris au sein ou aux autres formes d'allaitement, on trouve les chiffres suivants concernant la reprise du poids de naissance le onzième jour :

hôpital : Enfants nourris au sein 76 % ; enfants nourris au biberon 100 % ; enfants nourris à l'allaitement mixte 33 %.

clinique : Enfants nourris au sein 57 % ; enfants nourris au biberon 57 % ; enfants nourris à l'allaitement mixte 66 %.

On voit, d'après ces chiffres, que les résultats sont plus réguliers à la clinique qu'à l'hôpital où le déchet est surtout constitué par l'allaitement mixte. La recherche des causes qui s'opposent à la reprise du poids de naissance et à la régularité de la courbe de poids nous amène maintenant à étudier les difficultés d'alimentation.

5. — DIFFICULTÉS D'ALIMENTATION : Si l'enfant est nourri au sein, ces difficultés peuvent provenir soit de la mère, soit de l'enfant lui-même.

(1) H. VIGNES : La perte du poids physiologique du nouveau-né. *Journal des Praticiens* du 30 septembre 1939, p. 629.

CAUSES PROVENANT DE LA MÈRE : a) *Crevasses, lymphangite, abcès du sein.*

Les crevasses du sein, comme l'a publié notre Maître M. VIGNES (1), constituent une menace pour l'allaitement parce que la douleur décourage certaines femmes et que chez d'autres elle cause un spasme des conduits galactophores ou peut-être une moindre sécrétion lactée. De plus, elles constituent un danger parce que la présence d'une plaie infectée est propice à l'apparition des abcès. Les crevasses sont très fréquentes. Nous en avons rencontré 24 cas sur 69. (En effet il faut éliminer les mères nourrissant leurs enfants entièrement au biberon), ce qui fait une proportion de 35 %, soit plus d'un tiers. Elles surviennent dans les premiers jours après la naissance, deuxième ou troisième; parfois plus tard chez les multipares. Elles sont surtout fréquentes chez les primipares (45 % à l'hôpital) et semblent dues aux traumatismes exercés par la succion de la bouche de l'enfant. Elles provoquent souvent une légère diarrhée et une augmentation de poids irrégulière. Parfois elles nécessitent une modification de la forme d'allaitement.

Quelle est la prophylaxie et le traitement ?

Nous en référant à l'article déjà cité du Professeur VIGNES (1), la préparation du mamelon pendant la grossesse par badigeonnage à l'alcool ou à l'eau de Cologne n'existe pas, car bien souvent on le dessèche et on le rend plus sujet à se fissurer. La prophylaxie ne commence réellement qu'avec le début de l'allaitement. « Il ne faut pas laisser l'enfant s'escrimer indéfiniment après le mamelon lorsque le sein ne fournit qu'une quantité de lait insuffisante. Le mâchonnement, la macération de la salive sont très défavorables à l'épiderme. Et par un cer-

(1) H. VIGNES : Les crevasses du mamelon. *Journal des Praticiens*, n° 9, du 4 mars 1932.

(1) H. VIGNES : Les crevasses du mamelon. *Journal des Praticiens*, n° 9, du 4 mars 1932.

cle vicieux, la crevasse contribue à diminuer encore cette production » (H. VIGNES).

Quand la tétée devient très douloureuse, on peut employer le bout de sein de BAILLY ou le tire-lait électrique.

Comme moyens médicamenteux, on emploiera des topiques tels que la pommade au carbonate de bismuth et dans les cas rebelles des pommades au baume du Pérou. M. VIGNES traite aussi un grand nombre de crevasses par l'exposition à l'air. Il lui semble que les résultats sont aussi bons que ceux des rayons ultra-violets.

Les lymphangites et les mastites sont également un obstacle à l'allaitement. Elles sont heureusement beaucoup plus rares que les crevasses et sur 69 observations nous n'en avons rencontré qu'un seul cas qui s'est spontanément résorbé et qui était peut-être ce que notre Maître M. VIGNES a décrit sous le nom de rétention lactée spasmodique (2).

b) *Malformations du mamelon* : Les mamelons sont souvent impropres à la succion. Ils peuvent être courts, plats, ombiliqués. Les mamelons courts s'allongent le plus souvent par la succion ; les mamelons plats sont plus difficiles à améliorer et l'on est souvent obligé de faire usage d'un bout de sein. Enfin les mamelons ombiliqués rendent parfois tout allaitement au sein impossible. Mais cet incident n'est pas extrêmement fréquent et sur 80 observations nous n'avons rencontré qu'un seul cas où l'un des seins était absolument impropre à la succion. L'enfant a été nourri au biberon car, de plus, la mère présentait une cardiopathie.

c) *Sécrétion insuffisante* : L'agalactie est très rare. L'hypogalactie au contraire est très fréquente et beaucoup de mères trouvent là un prétexte suffisant pour ne

(2) H. VIGNES : Affections aiguës de la glande mammaire. *La Gynécologie*, février 1931.

pas nourrir leur enfant au sein, soit qu'elles se découragent trop précocement, soit simplement par mauvais vouloir.

Hôpital : Nous n'avons rencontré sur 50 observations qu'un seul cas d'agalactie mais, par contre, 9 cas d'hypogalactie ayant nécessité l'allaitement mixte, sauf dans un cas. Une de ces hypogalacties était consécutive à une rétention lactée spasmodique. Les autres semblaient primitives. Nous ne tiendrons pas compte dans ces statistiques des cas de jumeaux où la mère n'a pas suffisamment de lait pour nourrir ses deux enfants.

Clinique : Nous trouvons une proportion encore plus élevée d'hypogalactie, 6 sur 23, soit 26 % contre 18 % à l'hôpital. Mais ce chiffre supérieur est peut-être dû à ce que les mères étant plus libres qu'à l'hôpital ne persistent pas longtemps dans leur résolution d'allaiter et se découragent dès les premiers essais.

Quels sont les facteurs intervenant sur cette hypogalactie ?

— La primiparité semble jouer un certain rôle. MARFAN dans son traité d'allaitement et d'alimentation des enfants du premier âge, remarque que les multipares qui ont déjà allaité sont de meilleures nourrices que les primipares. La proportion de primipares présentant de l'hypogalactie, dans nos observations personnelles, est de 4 sur 9 à l'hôpital et de 3 sur 6 à la clinique.

— La montée laiteuse qui survient normalement les troisième et quatrième jour peut être retardée et n'apparaître qu'au cinquième ou au sixième jour, faisant croire à une hypogalactie.

— Les antécédents d'alcoolisme interviennent également.

— Enfin l'hérédité joue aussi son rôle. On a remarqué que les mères qui ont elles-mêmes été nourries au biberon sont de moins bonnes nourrices que celles qui ont reçu l'allaitement au sein.

La thérapeutique de l'hypogalactie est assez décevante. Les médicaments dits galactagogues : Galéga, anis vert, fenouil, cumîin, graine de cotonnier semblent n'intervenir qu'en ce sens que la mère croyant avoir plus de lait insiste et prolonge l'essai de l'allaitement naturel. Les extraits de lobe antérieur d'hypophyse renfermant une prolactine ont donné quelques résultats. Mais le meilleur des moyens est la succion du mamelon soit par l'enfant, soit à défaut par un autre nourrisson, une personne ou un tire-lait.

CAUSES PROVENANT DE L'ENFANT : Ces causes interviennent aussi bien dans l'allaitement artificiel et mixte que dans l'allaitement au sein et sont assez nombreuses.

a) *Certaines malformations* peuvent provoquer une gêne de la succion ou de la déglutition comme par exemple les becs de lièvre, grenouillettes, paralysies faciales.

Nous avons rencontré un cas de difficulté d'allaitement provoqué par une encoche de l'arcade dentaire supérieure accompagnée d'une déformation de la cloison nasale empêchant le nourrisson de bien respirer durant le temps de la tétée.

b) *Coryza*. L'obstruction nasale par coryza simple constitue un obstacle temporaire à un bon allaitement. L'enfant s'étouffe en tétant et s'arrête pour reprendre sa respiration par la bouche. Or les coryza sont assez fréquents l'hiver, période pendant laquelle nous avons pris nos observations, et nous en avons constaté 8 cas sur 80, soit une proportion de 10 %.

c) *Débilité*. Les débiles et les prématurés manquent de force pour têter et pour aspirer le lait. De plus le sein n'étant pas suffisamment soumis à ses fonctions, la montée laiteuse se fait mal. Le mieux, dans ce cas, est de faire l'échange du nourrisson avec une deuxième nourrice ayant une bonne sécrétion lactée. En cas d'échec il faudra recourir à l'alimentation de ces enfants par une sonde.

d) *Traumatisme obstétrical*. Comme l'enseigne notre Maître M. VIGNES, le traumatisme obstétrical n'est pas seulement opératoire mais aussi spontané. 10 % des nouveau-nés présentent un liquide céphalo-rachidien hémorragique. Ces traumatismes sont très fréquents, surtout chez les primipares ayant un excès de contractilité due le plus souvent à une injection d'extrait de post-hypophyses. (Le Professeur VIGNES y insiste beaucoup dans son enseignement oral). Ils peuvent se manifester en ce qui concerne les difficultés d'allaitement par des troubles de la succion ou de la déglutition, par une chute de poids considérable. « Certains enfants oublient de prendre du poids pendant huit à dix jours. Puis, au bout de quelques jours, s'installent des troubles de la digestion » (H. VIGNES).

Il est malheureusement malaisé au point de vue étiologique de retrouver tous ces traumatismes obstétricaux spontanés qui bien souvent ont passé inaperçus. Nous avons rencontré 3 cas d'enfants présentant de tels troubles. L'un d'eux était une présentation du siège décomplétée. Pendant quelques jours il eut de réelles difficultés pour têter puis, au bout d'un certain temps, tout rentra dans l'ordre et à son départ, le onzième jour, il avait repris son poids de naissance. Le second avait de la peine à têter. Or, l'accouchement avait eu lieu à l'aide de forceps et l'enfant présenta durant quelques jours une certaine raideur de la nuque et des membres. A son départ il n'avait pas repris son poids de naissance. Quant au troisième on ne retrouve aucun antécédent de traumatisme obstétrical opératoire, ce qui n'élimine pas le traumatisme obstétrical spontané. A son départ il n'avait point repris son poids de naissance.

e) *Hypothyroïdisme*. Avant de clore ce chapitre, il nous faut également dire quelques mots de l'hypothyroïdisme chez les nouveau-nés.

Ce sont ces enfants sages dont parle LESAGE (1), ano-

(1) LESAGE : Maladies du nourrisson, p. 22.

— 22 —

réxiqnes et ne profitant pas suffisamment sans qu'on trouve de raisons valables. Nous avons observé un de ces cas parmi nos observations. Il s'agissait de l'enfant G..., né à terme et bien constitué après un accouchement naturel et spontané. Cet enfant ne criait pas et sa famille s'en louait beaucoup. Mais on ne se louait pas de ce qu'il ne voulait pas têter. Ces deux particularités relevaient d'une cause commune : l'hypothyroïdisme qui fut instantanément corrigé par une goutte de thyroxine.

D'après ce bref exposé, on voit que si les difficultés d'allaitement provenant de la mère sont très nombreuses : 35 % de crevasses, 1 % de malformations des seins, 23 % d'agalactie ou d'hypogalactie, les difficultés provenant de l'enfant, bien que moins nombreuses, ne sont pas à négliger représentant un pourcentage de 15 % se répartissant comme suit : 10 % dues au coryza, 4 % dues au traumatisme obstétrical, 1 % due aux malformations.

Au point de vue thérapeutique on constatera qu'on est plus démuni contre les difficultés d'alimentation provenant de l'enfant que contre celles provenant de la mère qui, à part quelques exceptions, sont justiciables d'actes ou de règles bien précises.

TROUBLES DIGESTIFS DU NOURRISSON

Les troubles digestifs du nourrisson constituent un chapitre important de la pathologie du nouveau-né. Dès la naissance le tube digestif jusque-là inactif, entre en action et nous permet, par l'étude de son fonctionnement, d'apprécier avec l'aide de la courbe de poids, le développement de l'enfant. Tout trouble dans son fonctionnement s'extériorise aussitôt à l'une de ses extrémités soit par des vomissements, de l'anorexie, des cris, soit par une modification des selles.

1. — VOMISSEMENTS. Sur 80 observations, nous avons rencontré 12 cas de vomissements, soit un pourcentage de 15 % se répartissant comme suit :

Hôpital : 10, soit 20 % ; clinique : 2, soit 7 %.

Quelles sont les causes de ces vomissements ?

Schématiquement on divisera les vomissements en trois groupes, d'après la classification de M. G. BLECHMANN (1) : a) régurgitations; b) vomissements accidentels; c) vomissements habituels.

a) *Régurgitations*. Elles peuvent être provoquées soit par des repas trop copieux, soit par l'aérophagie lorsque le biberon est mal incliné ou lorsque l'enfant atteint d'un coryza est obligé de respirer par la bouche tout en tétant.

(1) G. BLECHMANN : Maladies des nourrissons et des enfants, p. 71.

Deux observations font état d'enfants nourris au sein mais dont la mère avait très peu de lait. On fut obligé d'instituer l'allaitement mixte. Au premier biberon, dans les deux cas, les enfants vomirent aussitôt après, vomissements occasionnés probablement par ce fait que leur estomac n'était pas habitué à un repas aussi copieux. Par la suite il n'y eut pas de récidives. Dans deux autres cas, nous nous trouvâmes en face de phénomènes d'aérophagie. Il s'agissait d'enfants enrhumés qui vomirent après leur tétée probablement à cause de l'air qu'ils avaient avalé. L'un d'eux rejeta en même temps quelques filets de sang dus aux crevasses du sein de la mère.

b) *Vomissements accidentels*. Ils peuvent être provoqués par des causes très diverses :

rejet de glaires dans les premiers jours qui suivent la naissance; enfants trop secoués; indigestions; intoxications; maladies aiguës qui débuteut (vomissement incoercibles survenant à la suite d'une infection rhino-pharyngée).

Chez trois nouveau-nés nous avons constaté le rejet de glaires durant les deux premiers jours de leur naissance. Chez l'un d'eux ces glaires étaient colorées en brun, couleur due sans doute à ce que l'enfant avait effectué des mouvements de déglutition durant l'accouchement et avait ainsi absorbé du liquide amniotique coloré par son méconium. Chez ces enfants il faut attendre pour les alimenter qu'ils aient éliminé leurs glaires et leurs mucosités, sans cela ils vomissent presque à tout coup. Si ces phénomènes se prolongent, on aura recours au lavage d'estomac. Une observation nous montre le cas d'un enfant qui le deuxième jour après sa naissance est pris de vomissements aussitôt après son biberon. Le lendemain l'enfant présentait des râles à l'auscultation des poumons et des troubles respiratoires qui d'ailleurs s'arrangèrent rapidement.

A la clinique nous avons rencontré un petit vomisseur dont la mère qui le nourrissait était une tabagique effrénée.

mée et nous avons établi une corrélation entre ces deux phénomènes, ne trouvant pas d'autres causes à ces vomissements. Nous savions que le tabagisme chez les nourrices était responsable de phénomènes nerveux chez le nourrisson. Il peut donc également provoquer des troubles digestifs.

c) *Vomissements habituels*. Ils débutent le plus souvent à la fin du premier ou au cours du second mois. Le rejet de lait survient immédiatement après la tétée ou longtemps après (lait coagulé), et aussi bien chez l'enfant au sein que chez l'enfant au biberon (1). Ils s'accompagnent de constipation ou de diarrhée et le poids est stationnaire. Les causes en sont diverses et souvent malaisées à déterminer. Nous allons en énumérer quelques-unes.

— *Les traumatismes intracrâniens*, comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, nous en référant à l'enseignement de notre Maître M. VIGNES, provoquent un certain nombre de troubles tels que hypotonie, convulsions, raideur, troubles de la succion et de la déglutition, chute de poids considérable et surtout vomissements faciles, sans efforts, dont bien souvent l'étiologie est difficile à mettre en évidence.

— *La syphilis congénitale* ou, mieux, la syphilis hépatique est également responsable d'un certain nombre de vomissements chez le nourrisson. C'est à elle que serait due « la maladie des vomissements habituels » décrite par MARFAN et caractérisée par : une alimentation bien réglée sans aucune faute commise, une intolérance existant pour n'importe quel aliment, une agitation, des cris continuels, de l'insomnie, un examen radiographique ne montrant pas de signes de sténose pylorique.

— *La tétanie fruste* est assez fréquente même dans les premiers jours de la vie. Tout vomisseur présentant des

(1) G. BLECHMANN : Maladies des nourrissons et des enfants, p. 71.

convulsions, un signe de Chvostek évident, retirera les plus grands bénéfices d'une thérapeutique par les rayons ultra-violet associée aux médications calciques et à l'ingestion de vitamine D.

— *L'intolérance pour un lait déterminé* est très variable selon les nouveau-nés. Certains ne supportent pas le lait maternel, d'autres, et c'est le cas le plus fréquent, présentent une intolérance spécifique pour un lait déterminé; le traitement consiste à régler l'allaitement avec un lait bien supporté.

— *L'anaphylaxie lactée* est heureusement assez rare car elle peut dégénérer en accidents dramatiques (1). Il faut alors essayer soit de nourrir l'enfant avec de la poudre de lait écrémé, soit de le désensibiliser.

— *Les malformations* et, plus particulièrement, la sténose hypertrophique du pylore survient vers la sixième semaine et s'accompagne d'une perte de poids intense avec déshydratation.

N'ayant eu à étudier les nourrissons que durant les douze premiers jours de leur vie, à part de rares exceptions, nous n'avons observé aucun de ces cas; mais, par contre, nous avons rencontré 4 cas de vomissements provoqués par des erreurs d'alimentation.

— *La suralimentation* se rencontre le plus souvent au biberon car au sein les écarts de dose sont mieux tolérés par le nourrisson. Cependant le cas que nous présentons est celui d'un enfant nourri au sein, la petite Hélène F..., née le 23 octobre 1943 à terme. La montée laiteuse de la mère fut très abondante et l'enfant était vorace; après chaque tétée elle vomissait et perdait du poids; en même temps elle présentait de la diarrhée. Du jour où l'on diminua le temps de ses tétées et sa ration tout rentra dans l'ordre.

(1) G. BLECHMANN : Maladies des nourrissons et des enfants, p. 72.

— *La sous-alimentation* est assez fréquente chez les nourrissons qui absorbent (par erreur de régime ou par crainte injustifiée de suralimentation) des doses insuffisantes de nourriture et vomissent. Nous avons rencontré deux de ces cas. Il s'agissait d'enfants nourris au sein et dont la mère avait peu de lait. Après chaque tétée, l'enfant vomissait jusqu'au jour où l'on compléta la tétée par un biberon. Les vomissements cessèrent aussitôt et la courbe de poids reprit sa marche ascendante.

Pour nous résumer, sur 80 observations nous avons rencontré 12 cas de vomissements (soit 15 %) se répartissant comme suit : régurgitation 4 cas (repas trop copieux 2, aérophagie 2) ; vomissements accidentels 5 cas (expulsion de glaires et de mucosités 3, intoxication 1, maladie aiguë débutante 1) ; vomissements par erreur d'alimentation 3 cas (suralimentation 1, sous-alimentation 2).

Il faut, cependant, reconnaître que si nous avions suivi ces nourrissons plus longtemps nous aurions pu voir survenir un plus grand nombre de ces cas, certains vomissements n'apparaissant qu'au bout d'un certain laps de temps (sténose, maladie des vomissements habituels), d'autres ne survenant qu'après un surmenage prolongé du tube digestif.

2. — **ANOREXIE.** L'anorexie vraie qui apparaît en général au moment du sevrage ne nous occupera pas ici, pas plus que l'acrodynie qui ne survient pas dans les premiers jours de la vie de l'enfant. Nous écarterons, également, les anorexies survenant au cours d'une encéphalopathie ou du mongolisme, n'en ayant pas rencontré, pour nous occuper uniquement de l'anorexie spéciale des premiers jours dont les causes peuvent être diverses : gêne de la déglutition due à des végétations adénoïdes précoces ou des rhino-pharyngites, paresse à téter chez les débiles, traumatisme obstétrical, dyspepsie du lait de vache s'ac-

compagnant de constipation, syphilis congénitale, débilité arthritique de l'enfant (1).

Parmi nos observations, deux nouveau-nés ont présenté de l'anorexie. Ils ne réclamaient pas leur tétée, s'endormaient sur le sein de leur mère et si on les réveillait faisaient deux ou trois mouvements de succion puis recommençaient leur somme. (L'un d'eux mettait 45 minutes pour prendre 10 grammes). Cependant les mères avaient du lait, ils étaient nés à terme et semblaient normaux. Dans les antécédents on ne trouvait pas trace de syphilis. Pour l'un d'entre eux cette anorexie peut s'expliquer par un traumatisme obstétrical opératoire, l'accouchement s'étant effectué par une présentation du siège décomplétée, accouchement laborieux ayant nécessité la manœuvre de Mauriceau, d'où risques de tractions et de tiraillements ainsi que de lésions du frein de la langue. Quant à l'autre, il peut s'agir soit d'un traumatisme obstétrical spontané au cours d'accouchement, soit d'une syphilis congénitale latente. Dans les deux cas cette anorexie s'atténua puis disparut au bout de quelques jours.

On voit donc que l'anorexie est rare par rapport aux vomissements, surtout dans les premiers jours de la vie du nourrisson. Mais la thérapeutique en est difficile étant donné la complexité étiologique et l'intrication possible des différentes causes.

3. — MODIFICATIONS DES SELLES. La surveillance journalière d'un nourrisson exige l'examen attentif de tous ses excréta, particulièrement ses matières fécales. Les selles d'un enfant nourri au sein sont d'une coloration jaune d'or, de consistance œufs brouillés. S'il est nourri au biberon, elles sont plus compactes, d'odeur fade. Dans les premiers jours de la naissance elles sont teintées par l'évacuation du méconium (2 ou 3 premiers jours). Elles

(1) LESAGE : La débilité arthritique chez l'enfant.

sont au nombre de deux à quatre par jour chez les enfants nourris au sein, une à deux chez ceux nourris au biberon.

a) *Selles verdâtres*, elles sont dues le plus souvent au méconium ou à un ictère persistant.

b) *Selles trop pâles*, dues à un excès de beurre dans le lait ou à une insuffisance de la sécrétion hépatique.

c) *Selles grumeleuses*, elles sont dues à des troubles de la digestion. Il faut alors aider cette digestion soit par du suc gastrique, soit par du babeurre, des laits acides ou du lab lacto ferment.

Nous avons rencontré des modifications des selles dans onze cas, soit 14 % (sans tenir compte de deux cas de diarrhée que nous étudierons plus loin), se répartissant ainsi : selles verdâtres 4, selles grumeleuses 6, selles noires 1. (Ce mélaena était dû à des crevasses du sein de la mère. A chaque tétée l'enfant absorbait une certaine quantité de sang maternel).

d) *Constipation*. La constipation peut apparaître dès les premiers jours de la vie. Cependant nous n'en avons constaté aucun cas sur nos 80 nourrissons, c'est qu'en effet les causes de la constipation sont organiques ou fonctionnelles.

Organiques : dispositions anatomiques anormales de l'anus, du rectum ou du colon sigmoïde (rôle du dolichocolon dans la maladie de Hirschprung et inversement influence de la constipation sur la formation du dolichocolon par la stagnation habituelle des matières imposant une modification tissulaire), fissure anale.

Fonctionnelles : Sous-alimentation, dyspepsie du lait de vache. Et, dans ce cas, la constipation nécessite un certain temps pour s'installer. N'ayant pas eu de malformation nous n'avons, par conséquent, pas observé de constipation. Le traitement consiste en : introduction d'un thermomètre dans l'anus provoquant un réflexe, suppositoires à la glycérine, lavements, et dans certains

cas rebelles des laxatifs discrets tels que l'huile de parafine, l'eau d'orge, le miel, comme l'enseigne notre Maître M. VIGNES.

Bien entendu, si l'enfant est nourri au lait condensé qui est constipant, il faudra aussi, selon les conseils de M. VIGNES, faire des variations avec le lait sec d'après l'état des selles. Enfin, si l'enfant est nourri au sein, il faudra parfois intervenir par une réforme du régime de la nourrice.

e) *Diarrhée*. La diarrhée est un symptôme fréquent chez le nourrisson. Elle peut apparaître très précocement dès les premiers jours de sa vie ou plus tardivement.

Ne nous occupant ici que des nouveau-nés, nous éliminerons un certain nombre de formes telles que : la diarrhée des féculents, la diarrhée commune après douze à quinze mois, la dyspepsie du lait de vache, l'entéro-colite dysentérique qui ne surviennent qu'au bout de quelques mois.

Parmi les diarrhées survenant dans les premiers jours de la vie, on distinguera plusieurs formes.

— *Les diarrhées communes des enfants au sein* qui ne présentent que très rarement une forme intense et jamais de gravité. Elles peuvent survenir au cours d'une maladie telle que l'hérédosyphilis, la rougeole, la broncho-pneumonie. Elles peuvent être dues à la suralimentation (repas trop copieux ou trop fréquents), à la sous-alimentation ou à des altérations du lait.

Certains laits sont trop riches en beurre (parfois plus de cinquante grammes par litre), d'autres riches en eau. Cette dernière éventualité survient fréquemment chez des femmes ayant beaucoup de lait. L'enfant tète à sa faim et s'arrête lorsque son estomac est plein. Or il est loin d'avoir épuisé le lait de sa mère et toutes les parties les plus riches en beurre qui, comme on le sait, s'éliminent à la fin de la tétée, restent dans la glande mammaire. D'où le paradoxe de voir un enfant sous alimenté avec une nourrice au lait abondant et aux constituants nor-

maux, si on fait le prélèvement correctement (prise de lait au début, au milieu et à la fin de la tétée, selon l'enseignement de M. VIGNES (1-2). La sous-alimentation s'accompagne de selles fréquentes et peu abondantes plutôt que de diarrhée.

— *Les diarrhées communes des enfants au lait de vache* peuvent, comme les précédentes, être dues à un allaitement mal réglé (suralimentation, sous-alimentation) ou à une maladie concomitante. Elles peuvent être le témoin d'une incapacité à digérer le lait de vache et la dyspepsie aux selles mastic se complique de diarrhée (1). Enfin elles peuvent reconnaître pour cause une altération du lait (lait souillé pendant la traite, modification de la nourriture des vaches).

— *Le choléra infantile ou diarrhée cholériforme* qui survient au cours de l'été et au pronostic si sérieux, n'existe pas chez les enfants nourris au sein (2). De plus il est devenu rarissime dans nos milieux où l'asepsie a fait de réels progrès.

A deux reprises, nous nous sommes trouvés en face de diarrhée. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un enfant nourri au sein puis complété au lait concentré Nestlé au bout de quatre jours, la mère ayant peu de lait. Le cinquième jour (24 heures après l'allaitement mixte) les selles devinrent jaunes verdâtres et grumeleuses. Puis elles augmentèrent de nombre et de coloration. En même temps apparaissait de l'érythème fessier. Puis après une légère accalmie, le douzième jour, les selles redevinrent nombreuses et vertes en même temps qu'apparaissait une forte éruption de bulles de pemphigus sur les cuisses et

(1) H. VIGNES et GUILLAUMIN : La composition du lait pendant l'établissement de la sécrétion lactée chez la femme. *Société de Pathologie comparée*, séance du 8 novembre 1932, p. 1566.

(2) H. VIGNES et GUILLAUMIN : Recherches sur la composition du lait de femme. *Progrès Médical*, 18 février 1933, p. 297.

(1) G. BLECHMANN : Maladies des nourrissons, p. 84.

(2) Idem.

une rhinite. Dans l'autre cas, il s'agissait également d'un enfant nourri au sein. La mère ayant eu des crevasses, utilisa un bout de sein Bailly pour nourrir son enfant; mais ce dernier tétait mal et absorbait moins de lait. Lorsque les crevasses furent guéries, on supprima le bout de sein; l'enfant se jeta alors goulûment sur le sein et le lendemain la diarrhée apparaissait. On diminua le temps des tétées et tout rentra dans l'ordre.

Pour ces deux nouveau-nés, les troubles sont apparus lors d'une modification de l'allaitement et peuvent être attribués à un mauvais réglage. En effet, pour le second, dès qu'on diminua le temps de la tétée, la diarrhée disparut.

L'état des selles nous est, donc, une indication précieuse quant à la santé et à l'équilibre digestif de l'enfant.

Ainsi les troubles digestifs constituent un gros chapitre de la pathologie du nourrisson car dans les premiers temps de sa vie, toutes les activités de l'organisme sont centrées sur le tube digestif.

La fréquence de ces troubles est grande puisque nous avons trouvé des proportions de : 15 % de vomissements, 2,5 % d'anorexie, 14 % de selles anormales, 2,5 % de diarrhée.

Le total des nouveau-nés atteints de ces troubles est d'environ un tiers du chiffre total des observations et se décompose comme suit : Hôpital 16 cas, soit 32 %; clinique 10 cas, soit 33 %; total : 26 cas, soit 32,5 %.

Méconnaître ces troubles ou n'y pas remédier serait pour le pédiatre une faute grave, car ils retentissent sur tout l'organisme de cet être fragile qu'est le nouveau-né.

Dans la plupart des cas, ces troubles sont rapidement améliorés grâce à une modification du régime, à quelque règle hygiénique, ou grâce à un petit détail déduit de l'examen minutieux non seulement du nourrisson, mais aussi de sa mère et des différents actes qu'il accomplit chaque jour.

LE CRI DU NOURRISSON

Les cris et pleurs ont une origine diverse, mais le plus souvent ils sont en rapport avec un trouble des fonctions digestives, comme nous espérons le démontrer par l'énumération des causes provoquant ces cris, nous en référant aux travaux de notre Maître, M. VIGNES (1).

a) Nous éliminerons tout d'abord la *dentition* et le *scorbut* qui peuvent provoquer des cris mais ne surviennent pas chez le nouveau-né.

b) *L'hérédo-syphilis* est elle aussi une cause de cris mais, dans ce cas, le traitement anti-syphilitique fait merveille.

c) *Certaines affections douloureuses* peuvent provoquer des cris : l'ostéomyélite, les vulvo-vaginites, l'otite, les fractures obstétricales, les hémorragies méningées, les méningites.

d) *Le cri est un moyen de défense du nourrisson*. En effet il crie pour cent causes diverses : parce qu'il a faim, qu'il est gourmand, qu'il a froid, que la chaleur l'accable, qu'il a besoin d'être changé, qu'une épingle le blesse, qu'une bouillotte le brûle, qu'il souffre, qu'il désire changer de position.

e) *Mais surtout certaines fautes alimentaires sont une occasion fréquente de cris*.. En cas de suralimentation ou de sous-alimentation l'enfant crie.

(1) H. VIGNES : Le cri chez le nourrisson. *La Puériculture*, février 1922.

— *S'il y a sous-alimentation*, l'enfant crie avant la tétée jusqu'à ce qu'on le mette au sein, pendant la tétée, car le sein ne lui fournit pas assez, après car il a encore faim, il est agité, constipé, il a le ventre creux, vomit souvent après la tétée.

— *S'il s'agit de suralimentation* l'enfant crie après la tétée car l'ingestion de son repas a déterminé des contractions douloureuses de l'estomac et de l'intestin. Il crie jusqu'à ce qu'arrive un vomissement ou une défécation. Le cri est intermittent, au moment des coliques. Dans l'intervalle des coliques l'enfant est immobile, il a un gros ventre, des vomissements irréguliers, de la diarrhée, de l'érythème fessier.

Les cris sont fréquents chez les enfants nourris au lait sec car ce dernier est très rapidement digéré et le nourrisson réclame à nouveau sa pitance. Le lait condensé est au contraire souvent mal digéré et provoque des cris; ou bien il augmente l'appétit du nourrisson, exagère le travail de son estomac et son appétit accru se manifeste par des cris.

A quatre reprises, soit un pourcentage de 5 %, nous avons rencontré des nouveau-nés qui criaient. L'un d'entre eux a crié et vomi au début d'une infection des voies respiratoires. Dans les trois autres cas, soit 75 % de ceux qui criaient, les cris étaient en rapport avec un trouble des fonctions digestives. Chez l'un d'eux il s'agissait de diarrhée et de coliques. Les deux autres exigeaient par leurs cris un supplément de ration, leur mère présentant l'une de l'hypogalactie, l'autre des crevasses qui par la douleur créaient un spasme de la glande et diminuaient la sécrétion.

Le cri du nourrisson est donc un élément important pour faire le bilan de l'état général. A part le cri des enfants coléreux ou gourmands, il indique un trouble organique quelconque et bien souvent il cesse lorsqu'on s'attaque à sa cause.

LES INFECTIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Les infections sont très fréquentes chez le nouveau-né. En effet, celui-ci se trouve in utéro dans un milieu aseptique (à part quelques rares infections se faisant par voie sanguine). Or, brusquement, il y a rupture de l'œuf, tous les germes venus de la vulve et du vagin ou apportés de l'extérieur viennent contaminer le fœtus par l'intermédiaire du liquide amniotique. Puis l'enfant se contamine directement lors de l'accouchement du fait de son passage à travers le canal vulvo vaginal. Enfin, une fois né, le tube digestif, la peau, la plaie ombilicale, les voies respiratoires sont autant de portes d'entrée pour les germes ambiants.

Deux grandes causes favorisantes expliquent cette extrême fréquence de l'infection : les caractères spéciaux de l'immunité chez le tout jeune enfant et la multiplicité des voies d'apport. La résistance du nouveau-né à l'infection sera d'autant plus grande que l'accouchement aura eu lieu près du terme. D'où la grande prédisposition des prématurés vis-à-vis des infections. Nous allons étudier ces infections d'après leurs localisations sur les différents appareils du nouveau-né.

1. — INFECTIONS CUTANÉES. Elles sont très nombreuses ; sur 80 observations, nous en avons rencontré 34, soit un pourcentage de 42,5 %, se subdivisant comme suit : Hôpital, 19 cas, soit 38 % ; clinique, 15 cas, soit 50 %.

Tout d'abord nous remarquerons que le chiffre est plus élevé à la clinique qu'à l'hôpital. Cela peut tenir à

ce qu'un certain nombre de ces affections sont transmissibles, telles les éruptions de pemphigus épidémiques. Or, à la clinique, dans les conditions de notre observation, chaque soir, les nourrissons sont rassemblés dans une pièce commune pour la nuit, tandis qu'à l'hôpital ils restent chacun dans la chambre de leur mère. Nous avons également remarqué que ces éruptions bulleuses dermo-épidermiques survenaient par petites épidémies chez les nourrissons qui avaient entre eux des contacts variés (par exemple ceux qui étaient changés sur le même matelas ou qui dormaient dans la même pièce).

Ces infections cutanées sont non seulement fréquentes mais très variées. Notre but ici n'est pas de toutes les énumérer mais de citer celles que nous avons rencontrées avec leur date d'apparition, leur évolution, leur intrication entre elles et leur terminaison.

a) *Dermo-épidermite à caractère pemphigoïde.* Ce sont celles que nous avons rencontrées le plus fréquemment tant à la clinique (11 fois) qu'à l'hôpital (12 fois). Elles débutent en un point quelconque du corps (sauf la paume des mains et la plante des pieds, ce qui permet d'éliminer le pemphigus syphilitique des nouveau-nés) par une petite macule rouge.

Rapidement, au bout de quelques heures, apparaît une bulle renfermant une sérosité citrine. La dimension de cette bulle est très variable depuis la grosseur d'une lentille à celle d'un pois ou même d'une noisette. Le plus souvent elle n'est pas seule mais accompagnée d'un certain nombre d'éléments et siège de préférence sur la face ou parfois sur les cuisses ou le bas-ventre. Ces bulles sont éphémères et crèvent rapidement laissant une exco-riation sur une surface rouge, puis se cicatrisent en quelques jours. Souvent elles évoluent par poussées successives (7 fois sur 23) sans grands phénomènes généraux. Cette dermatite a été attribuée à des microbes banaux, le plus souvent des staphylocoques, et fréquemment on a simultanément d'autres localisations de l'infection dues

au même germe pathogène (10 fois sur 23). A cinq reprises cette dermo-épidermite était concomittante à une ophtalmie banale. Les autres affections que nous avons rencontrées simultanément avec cette dermite sont une tourniole, un périonyxis, une rhinite, un intertrigo, un érythème fessier. Le traitement consiste à crever les bulles puis à faire des attouchements avec la solution de Milian ou du mercurochrome. Dans les cas rebelles on peut faire un essai de vaccination antistaphylococcique.

Enfin il faut vérifier soigneusement le régime de l'enfant car ces éruptions signalent parfois un trouble digestif ou une erreur d'allaitement (10 fois sur 23).

b) *Tourniole*. Bien que moins fréquente que l'affection précédente, la tourniole se voit souvent chez les nouveau-nés qui têtent leurs doigts. Nous en avons rencontré trois cas qui ont débuté par une petite rougeur périunguéale, puis est apparue une phlyctène purulente à la base de l'ongle. La phlyctène creva ensuite et fut remplacée par des croutelles jaunâtres. Les deux actes thérapeutiques qu'il convient d'instituer sont d'une part à désinfecter la plaie avec du mercurochrome ou de la solution de Milian et, d'autre part, à attacher les bras de l'enfant pour empêcher qu'il ne suce son doigt et qu'il ne dissémine l'infection.

c) *Périonyxis*. A quatre reprises nous nous sommes trouvés en face d'enfants présentant des lésions ulcérées et suppurantes des bords de l'ongle. Plusieurs doigts étaient atteints en même temps et la macération de la salive de l'enfant qui portait les doigts à sa bouche, entretenait l'infection. Le traitement fut le même que pour la tourniole.

d) *Erythème fessier*. Les érythèmes fessiers s'observent dans deux ordres de cas : chez les nourrissons bien tenus à l'occasion d'un trouble digestif, chez les nourrissons mal tenus.

Tant à l'hôpital qu'à la clinique, les soins apportés

aux enfants que nous avons observé nous permettent d'éliminer la deuxième raison et les six cas rencontrés dans nos observations sont donc le témoin d'un trouble digestif. Dans quatre cas il s'agissait d'enfants nourris à l'allaitement artificiel pour des raisons diverses et dans les deux autres cas d'enfants mis à l'allaitement mixte à cause des crevasses de la mère. L'érythème fessier n'est apparu qu'après la cessation de l'allaitement uniquement maternel et fut accompagné de modifications des selles qui devinrent verdâtres et grumeleuses. Il est à remarquer que, parmi ces six érythèmes fessiers on ne trouve pas un seul enfant nourri uniquement au sein. Dans l'un des cas la vive rougeur du pli fessier gagna la région génitale et les plis des aînes. Le fond des plis suintait. Grâce à des soins de propreté et à une pommade isolante, cet érythème était en voie de régression lors du départ de l'enfant.

Nous rapprocherons de cet érythème fessier les quelques cas suivants que nous avons observés.

e) *Intertrigo*. Il s'agissait d'un enfant qui présentait une vive rougeur sur la face interne des deux cuisses, rougeur due à la macération de l'urine et aux mouvements continuels de ses jambes. Dès qu'on plaça entre ses cuisses un linge épais afin d'éviter les frottements, la rougeur disparut. Cet enfant présentait également une éruption de bulles sur la face.

f) *Erythème de la joue*. A deux reprises nous pûmes constater un érythème localisé sur la joue d'un nourrisson. Il s'agissait tout simplement d'une gerçure provoquée par la salive ou une régurgitation après la tétée, qui avait coulé sur la joue sur laquelle il était couché.

g) Enfin nous eûmes un nourrisson qui s'était fait une *excoriation* sur la face à l'aide de ses ongles, excoriation qui s'infecta secondairement et suppura durant quelques jours, nécessitant des antiseptiques et un pansement occlusif.

Ainsi les 34 cas d'infections cutanées que nous avons observés peuvent se décomposer comme suit : dermo-épidermite à caractères pemphigoides 23, tourniole 3, péronyxis 4, érythème fessier 6, intertrigo 1, gerçures 2, excoriations cutanées infectées 1.

Le plus grand nombre, 23 sur 34, est dû à ces éruptions bulleuses dermo-épidermiques, à caractères épidémique et contagieux, sans grand retentissement sur l'état général ni pronostic sérieux la plupart du temps.

Cependant l'apparition d'infection cutanée chez un nouveau-né sera l'indication, en plus du traitement local, d'une surveillance attentive de l'enfant, de son hygiène et de son alimentation, ces infections évoluant le plus souvent simultanément avec des troubles digestifs légers et s'accompagnant d'autres localisations infectieuses diverses : ophtalmies, rhinites, infections mammaires ou ombilicales, etc.

2. — INFECTIONS OCULAIRES. On range sous le nom d'ophtalmie des nouveau-nés, toutes les conjonctivites que l'on rencontre chez l'enfant de moins de 15 jours. Leur nature est variable et leur gravité bien différente suivant cette nature.

Selon leur nature on peut les diviser en :

a) *Ophtalmie gonococcique*. Elle est précoce et survient habituellement entre le troisième et le cinquième jour après la naissance. Elle est très grave et se complique fréquemment d'ulcération de la cornée et de cécité. L'œil est fermé, la paupière supérieure rosée, gonflée; si on l'écarte il s'écoule un liquide jaune citrin puis, par la suite, purulent. Avec la méthode prophylactique d'instillation au nitrate d'argent dès la naissance, elle est devenue rare et si on la voit elle est le plus souvent unilatérale, due à ce que l'instillation de nitrate d'argent dans le premier œil a provoqué l'occlusion du second et le nitrate d'argent s'écoule sur la paupière sans atteindre la conjonctive.

A l'hôpital comme à la clinique nous n'en avons pas constaté un seul cas.

b) *Ophthalmie non gonococcique*. Elle est plus tardive, apparaissant en général vers le dixième jour, jamais avant le quatrième. Elle évolue sans complications cornéennes mais abandonnée à elle-même, elle peut durer six à huit semaines. Elle est due le plus souvent à des microbes banaux : pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, colibacilles, parfois à des microbes spécifiques tels que le bacille de Weeke, le diplobacille de Morax, le bacille diphtérique.

Autrefois, lorsqu'on utilisait la solution de nitrate d'argent au 1/50, on a observé des ophtalmies argentiques dues à l'irritation du produit chimique sur la muqueuse. Mais avec la solution à 1/150 que l'on emploie aujourd'hui, l'on en observe plus.

A part l'ophtalmie diphtérique, elles se traitent toutes avec les mêmes produits : oxyde jaune de mercure, argyrol, etc.

c) *Pseudo conjonctivite du nouveau-né par dacryocystite* (1). Elle est caractérisée par une légère sécrétion purulente de l'œil, liée à une imparfaite perméabilité du conduit naso-lacrymal. Cette oblitération des voies lacrymales peut être secondaire à une infection nasale, mais le plus souvent elle est congénitale, due à une lamelle qui sépare l'extrémité inférieure du conduit de la cavité nasale.

Normalement, au moment de la naissance, le courant d'air nasal des premières respirations perce cette lamelle. Si elle ne se perce pas il en résulte une dacryocystite dont le contenu muco-purulent reflue vers l'œil et cet écoulement donne l'impression d'une conjonctivite. Cette pseudo-conjonctivite est uni ou bilatérale. Elle est

(1) H. VIGNES : La pseudo-conjonctivite du nouveau-né. *Journal des Praticiens* du 4 octobre 1930.

caractérisée par des concrétions dans l'angle interne de l'œil avec parfois une légère tuméfaction et surtout par ce fait que la conjonctive n'est pas rouge et qu'une légère pression exercée sur le sac lacrymal provoque un reflux purulent. Le pronostic est sans gravité, les voies récupérant une perméabilité normale au bout de quelques semaines.

Au point de vue traitement, notre Maître M. VIGNES est très abstentionniste, partisan des collyres les moins énergiques et de manœuvres d'évacuations légères. Le cathétérisme ne devra être employé que tardivement dans les cas rebelles.

Voici les chiffres d'ophtalmie du nouveau-né obtenus sur 80 observations : Hôpital 11, soit 22 % ; clinique 8, soit 27 % ; total : 19, soit 24 %.

On s'aperçoit que les chiffres obtenus à la clinique et à l'hôpital sont voisins et que le pourcentage est important, atteignant le quart des nouveau-nés, bien que nous n'ayons pas eu une seule ophtalmie gonococcique, éliminées par l'instillation prophylactique au nitrate d'argent.

Sur ces 19 ophtalmies, 3 sont des pseudo-conjonctivites du nouveau-né et 16 sont dues à des microbes banaux. Parmi les trois pseudo-conjonctivites, deux sont apparues le troisième jour et une le cinquième. Deux étaient unilatérales et une bilatérale. Deux étaient complètement guéries lors du départ de l'enfant (12^e jour). Parmi les 16 ophtalmies banales non gonococciques, 5 étaient unilatérales et 11 bilatérales. Leur date d'apparition varie entre le cinquième et le dixième jour et dans 8 cas elles étaient accompagnées d'infections cutanées (soit dans 50 % des cas), 7 d'entre elles étaient guéries lors du départ de l'enfant.

Ces chiffres nous permettent de faire les remarques suivantes :

— La pseudo-conjonctivite du nouveau-né est sou-

vent unilatérale alors que l'ophtalmie banale a tendance à devenir bilatérale.

— L'apparition de la première est plus précoce que celle de la seconde.

— Enfin, bien souvent, dans l'ophtalmie banale, on a d'autres localisations cutanées du germe pathogène responsable.

3. — INFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. Parmi les infections de l'appareil respiratoire nous n'avons observé aucune affection grave : broncho-pneumonie, infection pleurale, ou même rhinite purulente aiguë.

Sur les 9 infections que nous avons rencontrées (soit un pourcentage de 11 %), il s'agissait, dans 8 cas, de rhinites catarrhales simples ou coryza vulgaires et, 1 fois, de bronchite. A la clinique, nous en avons observé 2 cas, soit 7 %, et à l'hôpital 7 cas, soit 14 %. Les 8 rhinites catarrhales ont toutes évolué à peu près de la même façon. Entre le cinquième et le douzième jour après la naissance, les éternuements que l'on observe chez tout nouveau-né, ont augmenté de fréquence et d'intensité, puis sont apparus de légers troubles de la respiration, une gêne à la succion et un écoulement par les narines d'un liquide clair, filant et muqueux. Chez deux d'entre eux, nous avons observé des vomissements dus probablement à l'aérophagie provoqués par la succion défectueuse, le nez étant bouché. L'auscultation ne nous a rien révélé. Puis, au bout de 24 à 48 heures, l'écoulement s'est tari et les troubles ont disparu.

Tous les nouveau-nés atteints de ces rhinites étaient dans les mêmes conditions d'habillement, de chaleur, de protection contre les germes extérieurs que les autres nourrissons. Aussi, dans l'étiologie de cette affection, faut-il faire intervenir, selon l'avis du Professeur VIGNES, une prédisposition particulière due au développement exagéré des végétations adénoïdes.

La bronchite citée plus haut est survenue le troisième

jour chez un nourrisson nourri au biberon, par suite des antécédents pulmonaires de sa mère (pleurésie). Brusquement il refusa ses tétées, vomit et présenta une respiration accélérée et pénible. L'auscultation ne montrait rien. On lui fit du solu-camphre et on l'isola. Le lendemain la respiration était redevenue presque normale et il prenait bien ses biberons. A l'auscultation on entendait alors des râles humides, ronflants et sibilants qui s'atténuèrent et disparurent durant les jours suivants. Le 8^e jour l'enfant avait repris son poids de naissance.

Ainsi les infections des voies respiratoires sont moins fréquentes que celles des appareils cutané et oculaire. Cependant nous avons pris ces observations durant les mois d'hiver, période durant laquelle ces infections sont les plus fréquentes.

Mais il ne faut pas oublier que certaines d'entre elles peuvent être très graves, par exemple la broncho-pneumonie du nouveau-né qui est d'un pronostic très sombre.

4. — INFECTIONS OMBILICALES. La plaie ombilicale peut être parfois la porte d'entrée d'une infection généralisée, mais le plus souvent il se produit une lésion locale. Normalement le moignon du cordon ombilical se momifie et tombe vers le cinquième jour. La plaie ombilicale est alors sèche.

Chez 5 de nos nourrissons, soit un pourcentage de 6 %, après la chute du cordon, la petite plaie au lieu de cicatriser présentait une petite ulcération suppurante. De plus, chez l'un d'entre eux, cette suppuration s'accompagnait d'un œdème de la région para-ombilicale. Mais, chez tous, il suffit de quelque attouchement à l'alcool ou à la teinture d'iode, ainsi que d'un saupoudrage à l'exo-septoplix pour voir la suppuration disparaître et la cicatrisation se faire.

Nous n'avons pas rencontré ces accidents graves tels que l'érysipèle ou le tétanos ombilical.

5. — INFECTIONS MAMMAIRES. Les infections mammaires succèdent à la poussée mammaire survenant lors de la crise génitale. Les seins congestionnés du nouveau-né ne doivent pas être « tripotés » pour éviter l'apparition d'un abcès du sein (1). Ces abcès du sein peuvent être graves chez les nourrissons, particulièrement chez les petites filles, car ils peuvent être cause de l'atrophie de la glande mammaire. Sur 5 montées laiteuses du nouveau-né, nous n'avons observé qu'un seul abcès du sein. Il s'agissait de la petite Suzanne A... qui, le dixième jour après sa naissance, présenta une augmentation de volume de ses seins qui devinrent durs. Puis le douzième jour la fluctuation apparut et par expression du sein il s'écoulait un liquide légèrement purulent. Le treizième jour on fit une incision du sein dans le sens radié, le pus s'écoula et dès lors tout évolua vers la guérison.

6. — INFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF. Parmi les différentes infections de l'appareil digestif, nous avons rencontré une stomatite parasitaire mycosique due à l'oidium albicans et appelée muguet. Il s'agissait d'un nouveau-né nourri à l'allaitement mixte car sa mère avait des crevasses du sein et très peu de lait. On donnait à l'enfant, le biberon, une tétée sur deux et à l'autre tétée on complétait le sein avec un biberon. L'enfant poussait mal, ne reprenait que très peu de poids (à son départ il n'avait pas encore repris son poids de naissance), le huitième jour les selles devinrent grumeleuses, mal liées. L'enfant tétait mal, refusait de prendre ses tétées. Le lendemain il présentait sur sa langue rouge et sèche de petits points blancs dus au muguet. Ayant aussitôt institué la thérapeutique appropriée de lavages alcalins par la bouche, ces signes disparurent rapidement. Mais bien que cette affection soit en général peu grave chez les nouveau-nés nor-

(1) METZGER et HÉRAUX : Les premiers jours du nouveau-né, p. 192.

maux, il ne faut pas oublier qu'elle signe un certain état de déficience et que le pronostic peut en être plus sombre chez les prématurés et les débiles.

7. — INFECTIONS CUTANÉES PROVOQUÉES PAR DES BLESSURES DUES AUX FORCEPS. Il peut arriver que les cuillères des forceps lèsent la face et y provoquent des exco-riations ou des hématomes qui peuvent s'infecter secon-dairement.

Sur 6 lésions de la face que nous avons observées dans ces conditions-là, une seule se compliqua d'infection. Il s'agissait d'un hématome de la région cervicale avec une petite escarre centrale qui commença à suppurer le qua-trième jour. Comme au-dessous il s'était formé une pe-tite poche de pus, on fut obligé d'intervenir le septième jour. L'incision et l'évacuation du contenu de la poche amenèrent une prompte guérison.

8. — INFLAMMATION DU PRÉPUCE. Cette affection, favo-risée par une conformation anatomique défavorable (phi-mosis), peut se voir chez des nourrissons ou des jeunes enfants. Le cas observé était celui d'un enfant infecté qui présentait en même temps du pemphigus épidémique, de l'érythème fessier, des selles verdâtres, une montée laiteuse et une hydrocèle. Le traitement purement local consista en des soins de propreté pour empêcher la verge de macérer dans l'urine. Grâce à une modification du ré-gime de l'enfant tous ces accidents s'atténuèrent et dis-parurent.

Voici un tableau récapitulatif du nombre des infec-tions des différents appareils, que nous avons rencontré chez 80 nouveau-nés :

infections cutanées	34 soit 42 %
infections oculaires	19 soit 24 %
infections de l'appareil respiratoire.	9 soit 11 %
infections ombilicales	5 soit 6 %

infections mammaires	1	soit	1 %
inflammation du prépuce	1	soit	1 %
suppurat. de lés. dues aux forceps	1	soit	1 %

Le nombre total d'enfants présentant de telles infections est de 52 sur 80, soit 65 % : Hôpital 32 cas, soit 64 % ; clinique 20 cas, soit 66 %.

On s'aperçoit que la proportion est à peu près la même à la clinique qu'à l'hôpital. L'infection frappe deux fois plus de nouveau-nés que les troubles digestifs (2/3 des nouveau-nés au lieu de 1/3).

Or, à l'hôpital comme à la clinique, les nouveau-nés sont dans de très bonnes conditions d'hygiène et de propreté et cependant 2 sur 3 sont atteints par des germes pathogènes.

Il faut, également, remarquer que, chez un même enfant, l'infection peut frapper différents appareils à la fois. Nous avons vu, en étudiant les ophtalmies du nouveau-né, que 50 % de ces ophtalmies s'accompagnaient d'infections cutanées. En effet, le même germe peut se disséminer en plusieurs points de l'organisme grâce aux mouvements de l'enfant et aux gestes de ceux qui s'en occupent.

Si dans tous les cas que nous avons rencontré ces infections étaient bénignes, il ne faut pas oublier que certaines peuvent s'aggraver ou se généraliser dans l'organisme fragile du nouveau-né.

CONCLUSIONS

Nous avons passé en revue, dans ce travail, les incidents survenant dans les premiers jours de la vie plutôt que les accidents de la pathologie du nouveau-né et nous avons constaté les résultats suivants :

1° **TAILLE ET POIDS.** Le poids moyen du nouveau-né est de 3.410 grammes à l'hôpital, ce qui est satisfaisant. A la clinique il est inférieur, 3.260 grammes. Ceci est probablement dû aux circonstances actuelles, les classes moyennes souffrant beaucoup du régime des restrictions alimentaires.

La taille moyenne est entre 50 et 51 cm., mais les écarts de taille sont bien plus importants à la clinique qu'à l'hôpital.

2° **PRÉMATURÉS ET DÉBILES.** Sur 80 observations nous avons rencontré 5 prématurés, soit 6 %, et 2 débiles, soit 3 %, qui n'ont causé aucun ennui particulier.

3° **ICTÈRES PHYSIOLOGIQUES.** Nous l'avons constaté dans 30 cas, soit 38 %, ce qui est inférieur aux données classiques.

4° **CRISE GÉNITALE.** Elle apparut dans 6 % des cas et à l'encontre des circonstances habituelles, elle frappa surtout les enfants du sexe féminin (4 filles pour 1 garçon).

5° ALLAITEMENT. Les chiffres obtenus d'après les différents modes d'allaitement sont les suivants :

Allaitement au sein : Hôpital 29 cas, soit 58 %. Clinique 14 cas, soit 47 %.

Allaitement au biberon : Hôpital 4 cas, soit 8 %. Clinique 7 cas, soit 23 %.

Allaitement mixte : Hôpital 17 cas, soit 34 %. Clinique 9 cas, soit 30 %.

La supériorité de l'allaitement naturel sur toutes les autres formes d'allaitement s'est manifestée par le moins grand nombre d'infections et de troubles digestifs survenant chez les nourrissons nourris au sein et par la rapidité de reprise de leur poids de naissance.

La reprise du poids de naissance fut plus régulière à la clinique qu'à l'hôpital où le déchet fut surtout constitué par l'allaitement mixte.

Les difficultés d'allaitement provenant de la mère représentent une proportion de 59 %, celle provenant de l'enfant une proportion de 15 %.

6° TROUBLES DIGESTIFS. Nous en avons observé chez un tiers des nourrissons se répartissant comme suit :

vomissements	15 %
anorexie	2 %
selles anormales	14 %
diarrhée	3 %

7° CRIS DU NOURRISSON. 4 nourrissons sur 80, soit 5 %, criaient continuellement. Chez l'un d'entre eux, il s'agissait d'une infection des voies respiratoires à son début; dans les 3 autres cas les cris étaient en rapport avec un trouble des fonctions digestives.

8° LES INFECTIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. Deux tiers des nouveau-nés ont été frappés d'infections diverses, existant souvent simultanément chez un même enfant :

Infections cutanées	34 cas, soit 42 %
Infections oculaires	19 cas, soit 24 %
Infections de l'appareil respiratoire.	9 cas, soit 11 %
Infections ombilicales	5 cas, soit 6 %

Sur nos 80 observations nous n'avons observé aucun accident grave mettant en danger la vie de l'enfant.

Vu,
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,
Le Président de Thèse :
PORTES

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris
G. GIDEL

